

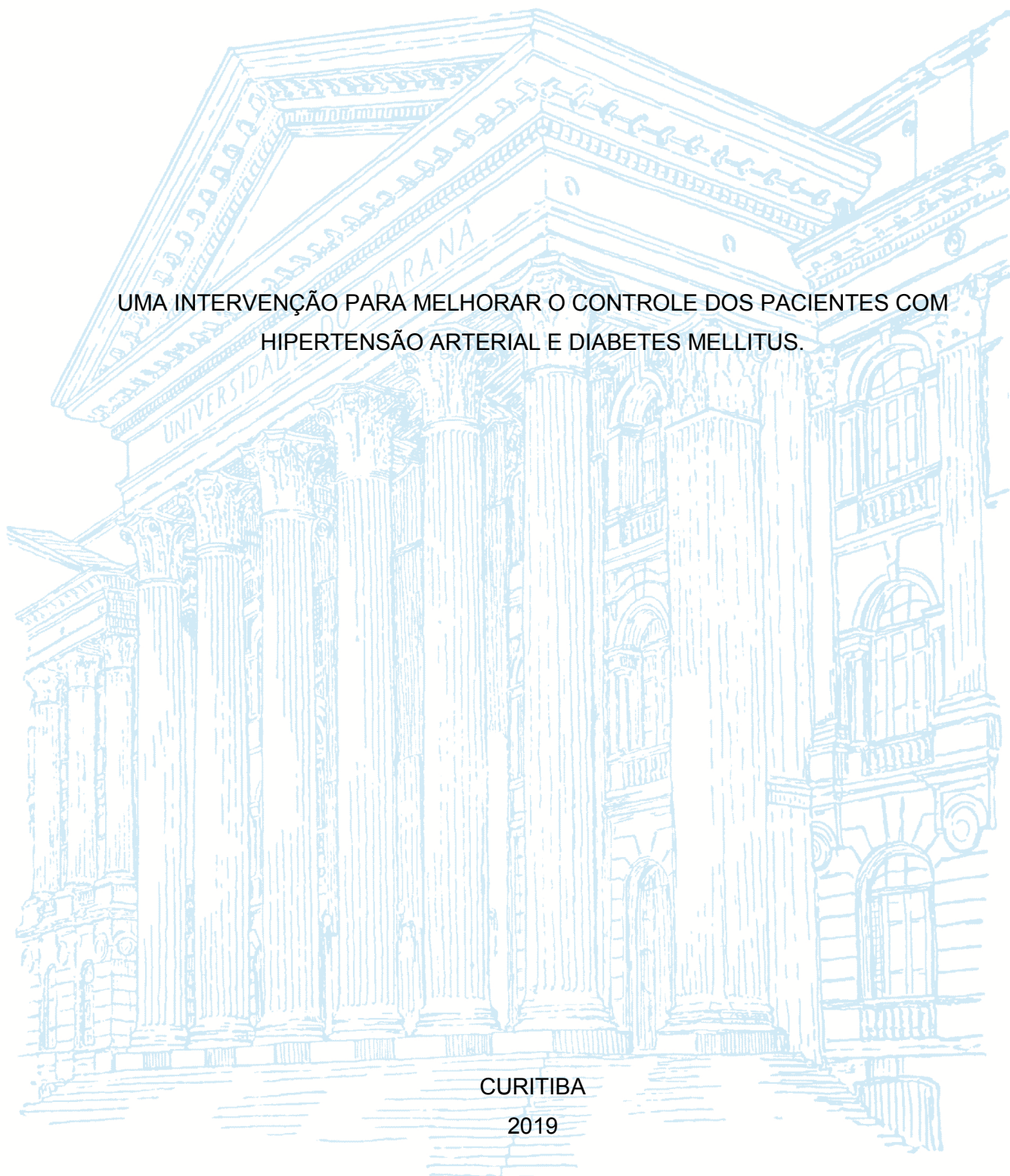
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RENATA DANTAS WIZENFAD

UMA INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.

CURITIBA

2019



RENATA DANTAS WIZENFAD

UMA INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE DOS PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.

TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Santos

CURITIBA

2019

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Ao meu orientador Deivisson Santos, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

"A persistência é o caminho do êxito."

Charles Chaplin

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do tema, elevado número de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus que não estão devidamente controlados, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Com o objetivo de diminuir as cifras Hipertensivas e a glicemia capilar nos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade. Realizando ações de educação em saúde para redução de crises de hipertensivas e crises de hiperglicemia, identificando todos os pacientes com hipertensão arterial e diabetes para realizar a estratificação e reavaliar o tratamento farmacológico. De acordo com a estratificação será realizada a classificação de risco será estabelecido um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano, no município de Ivaí, a proposta foi realizada no dia 28 de maio de 2019 com a presença da equipe de saúde, na unidade central de saúde com palestra sobre os cuidados com a saúde, habito e estilo de vida da população, com o auxílio de PowerPoint, com duração de 40 min a palestra. Foi registrada a presença de 23 pacientes, sendo estes 18 hipertensos e 5 diabéticos. O resultado foi positivo, pois o projeto já vem apresentando melhoras na qualidade de vida população.

Palavras-chave: Hipertensão 1. Diabetes Mellitus 2. Saúde Publica 3. Atenção primaria 4. Fatores de risco 5.

ABSTRACT

The Intervention plan that addresses the issue, high number of patients with chronic diseases such as high blood pressure and diabetes mellitus that are not properly controlled, is a result of the Specialization Course in Primary Care from UFPR, funded by UNA-SUS. Aiming to decrease Hypertensive numbers and capillary blood glucose in hypertensive and diabetic patients in the community. Carrying out health education actions to reduce hypertensive and hyperglycemic crises, identifying all patients with hypertension and diabetes to stratify and reassess pharmacological treatment. According to the stratification the risk classification will be established. Individual care plan for each patient considering non-pharmacological measures, medication adjustments if necessary, complementary exams and a follow-up plan. The action research was the method used in this plan, in the city of Ivaí, the proposal was held on May 28, 2019 with the presence of the health team, in the central health unit with lecture on health care, habit and lifestyle of the population, with the aid of PowerPoint, lasting 40 min the lecture. The presence of 23 patients was recorded, 18 hypertensive and 5 diabetic. The result was positive, as the project is already showing improvements in the population's quality of life.

Keywords: Hypertension 1. Diabetes Mellitus 2. Public Health 3. Primary Health Care 4. Risk Factors 5.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – DETALHAMENTO DAS AÇÕES | 21 |
| QUADRO 1 – NÚMERO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS | 30 |
| QUADRO 1 – AÇÕES DESENVOLVIDAS | 31 |

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

| | |
|------|--------------------------------------|
| DPOC | - Doença Pulmonar Obstrutiva crônica |
| HAS | - Hipertensão Arterial |
| DM | - Diabetes Mellitus |
| MS | - Ministério da Saúde |
| PAS | - Pressão Arterial Sistólica |
| PAD | - Pressão Arterial Diastólica |
| DCV | - História de Doença Cardiovascular |
| CA | - Circunferência Abdominal |
| LOA | - Lesão de Órgão-Alvo |
| ECG | - Eletrocardiograma |
| EMI | - Espessura mediointimal |
| VOP | - Velocidade de onda de pulso SIGLA |
| ITB | - Índice tornozelo-braquial |
| CV | - Doenças Cardiovasculares |
| ECO | - Ecocardiograma |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| ACS | - Agente Comunitário de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.2.1 Objetivo geral..... | 19 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 19 |
| 1.3 METODOLOGIA | 20 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 22 |
| 2.1 DEFINIÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMA | 22 |
| 2.2 RASTREAMENTO DOS PACIENTES | 23 |
| 2.2.1 Estratificação de risco..... | 23 |
| 2.2.1.1 Dados epidemiológicos..... | 27 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS..... | 29 |
| 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 30 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| 5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS..... | 24 |
| REFERÊNCIAS..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

O município conta com 10 escolas para atender todas as crianças e adolescentes, sendo 4 escolas estaduais e 6 escolas municipais:

Escolas Estaduais:

- Sagrado coração de maria.
- Arthur da Costa e Silva.
- Gil Stein Ferreira.
- Ine Messias Erdmann.

Escolas Municipais:

- Sagrado Coração de Jesus.
- Bitu Mirin.
- Cristo Rei.
- Josafata.
- Leopoldo G Cunha.
- Arno Miguel Longo.

Também contamos com 1 praça municipal, Miguel Calmão no centro da cidade, onde as crianças podem aproveitar o parquinho para realizar brincadeiras e correr ao ar livre, e enquanto os pais esperam as crianças podem realizar caminhadas ou exercícios na academia ao ar livre que é disponibilizada a comunidade.

Contamos com a associação de moradores presentes nos bairros São Roque, Palmital e Núcleo Habitacional primavera, que ajudam acompanhando problemas comunitários, que são expostos pela comunidade trazendo melhorias para os bairros em relação a saúde, transporte, educação e lazer.

Segundo o Caderno Municipal de Ivaí do ano 2018 o município possui uma população total de 12.815 de pessoas. O número de homens é superior a quantidade de mulheres. A população masculina corresponde a 6.684 representando 52.16% e a população feminina corresponde a 6.131 representando 47.84%. A divisão populacional conforme a faixa etária, ocorre da seguinte forma:

- Crianças 0-12 anos: 4.869 representando 37%.
- Adolescentes 12-18 anos: 2.808 representando 21%.
- Adultos 18-59 anos: 8.149 representando 63 %.
- Idosos acima de 60 anos: 1.388 representando 10%.

O processo de urbanização ainda não é relevante no município pois a maioria da população ainda reside na área rural, pois quase toda a renda do município é vinculada a atividades agrícolas abrigando cerca de 8.186 habitantes. Por isso a população urbana ainda é menor, correspondendo 4.629. A taxa de mortalidade geral no município é de 5,80 para cada mil habitantes no ano de 2017, segundo (MS/Datasus, SESA-PR).

De acordo com os dados obtidos da Unidade Básica de Saúde Central Ivaí. (Fichas médicas individuais. Abril de 2018). As queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade de saúde no último mês de registro, foram: Hipertensão Arterial, Diabetes Tipo II, Bronquite, Saúde mental e mulheres com Candidíase. As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial (46 %) seguidas pela depressão (8%), diabetes mellitus (36%), asma (2%), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (5%) e por último hipercolesterolemia (3%). A prevalência de doenças infectocontagiosas é muito pequena, tivemos neste ano, apenas 1 caso confirmado de hanseníase, no município, casos de dengue ou tuberculose o índice de prevalência é de 0%.

Na nossa unidade de saúde temos como objetivo levar promoção, prevenção e recuperação a saúde da família. Centralizando nossas atividades na atenção primária, para criar vínculo com a população e os profissionais da saúde, para identificar os riscos epidemiológicos que a nossa comunidade atendida apresenta, com objetivo de reconhecer e melhorar a qualidade de vida da população.

A população da área de abrangência corresponde a 4.629 pessoas, divididas em duas equipes, das quais 26 % são crianças de 0 a 12 anos, a vulnerabilidade em crianças menores de 6 meses é a amamentação exclusiva e em crianças maiores é o acompanhamento para a saúde bucal e acompanhar o calendário vacinal, 20% são adolescentes de 12 a 18 anos, demonstrando uma diminuição nas atividades físicas nos períodos atuais, onde a maioria tem hábitos

de fumar, com alimentação desbalanceada, a ingestão de bebidas alcoólicas e a sexualidade para tentar prevenir gestações de alto risco, 33% adultos com idade entre 18 e 59 anos onde são diagnosticados, e os pacientes relatam mais problemas de saúde física e psicológica, 21% são idosos maiores de 59 anos, apresentando vulnerabilidades no manejo das doenças crônicas, a perda progressiva de suas habilidades visuais, auditivas e locomotoras, gerando uma grande dependência de familiares para se locomoverem aos centros de saúde. Das 1064 crianças menores de dois anos, 93 % foram vacinadas. Os diabéticos cadastrados foram 112 e 62% deles foram acompanhados. Foram cadastrados 265 hipertensos, dos quais 76,3% foram acompanhadas.

Problema

Elevado número de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que não estão devidamente controlados.

Caracterização do problema: No dia a dia a notamos que mais da metade dos hipertensos tem dificuldade com o controle das cifras de pressão arterial e um elevado número de diabéticos que não conseguem o controle metabólico desejado, os pacientes habitualmente não cumprem o tratamento indicadas.

Causas:

Direta: é a dificuldade do rastreamento e estudos realizados na comunidade.

Outras Causa: Poucas atividades de promoção de saúde feita pelas equipes de saúde, falta de alguns medicamentos na unidade para o controle das doenças crônicas, dificuldade no acompanhamento de consultas dos pacientes com estas doenças, pouca aderência terapêutica à medicação indicada, pouco conhecimento das pessoas da sua doença e de seu controle.

Consequências:

- Aumento das complicações agudas e crônicas.
- Aumento de internações hospitalares não necessárias.
- Aumento mortalidade.
- Diminuição da expectativa de vida da população.

A importância de estudar o tema de elevados números de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que não estão devidamente controlados é tentar melhorar o controle metabólico de cada paciente para prevenir complicações agudas e crônicas, diminuir o número de internações hospitalares, e o número mortalidade, oferecendo um aumento na expectativa de vida na população.

Com o objetivo de tentar realizar o rastreamento destes pacientes para estratificação de risco, estabelecendo um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este tema justifica-se, pois existe um grande número de hipertensos e diabéticos descompensados na unidade de saúde. No dia a dia notamos que mais da metade dos hipertensos tem dificuldade com o controle das cifras de pressão arterial e um elevado número de diabéticos que não conseguem o controle metabólico desejado, os pacientes habitualmente não cumprem o tratamento indicado. O principal desafio deste trabalho é tentar manter um controle metabólico ideal para cada paciente, diminuindo as complicações futuras de um tratamento incorreto.

1.2 OBJETIVOS

Elevado número de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que não estão devidamente controlados.

1.2.1 Objetivo geral

Diminuir as cifras hipertensivas e a glicemia capilar nos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade.

1.2.2 Objetivos específicos

Realizar ações de educação em saúde para redução de crises de hipertensivas e crises de hiperglicemia.

Identificar todos os pacientes com hipertensão arterial e diabetes.

Realizar estratificação de risco de todos os pacientes.

Planejar ações comunitárias de saúde com palestras, caminhadas e demonstrações sobre os riscos das doenças crônicas.

Reavaliar o tratamento dos hipertensos e diabéticos.

1.3 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa ação. Thiollent (2007) para tentar diminuir o elevado número de pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus que não estão devidamente controlados é uma grande dificuldade pois o rastreamento da população e de difícil controle.

No dia a dia notamos que mais da metade dos hipertensos tem dificuldade com o controle das cifras de pressão arterial e um elevado número de diabéticos que não conseguem o controle metabólico desejado, os pacientes habitualmente não cumprem o tratamento indicadas.

Pouca atividade de promoção de saúde feita pelas equipes de saúde falta de alguns medicamentos na unidade para o controle das doenças crônicas, dificuldade no acompanhamento de consultas dos pacientes com estas doenças, pouca aderência terapêutica à medicação indicada, pouco conhecimento das pessoas da sua doença e de seu controle.

Precisamos conscientizar a população para diminuir as consequências como o:

- Aumento das complicações agudas e crônicas.
- Aumento de internações hospitalares não necessários.
- Aumento mortalidade.
- Diminuição da expectativa de vida da população.

Será realizada a cada 45 dias o hiperdia, com palestras importantes sobre cuidados com a saúde para pessoas com diabetes e hipertensão. Onde a comunidade já está sendo avisada por meios dos funcionários locais e rádio.

Antes do início das palestras a equipe da unidade realizará a medição do nível de glicose no sangue e da pressão arterial. Os resultados serão anotados nos respectivos cartões dos pacientes e utilizados para controle e orientação médica nos casos em que forem constatadas alterações.

Quadro com detalhamento das ações:

QUADRO 1– DETALHAMENTO DAS AÇÕES.

| Data/Horário | Objetivo | Estratégia | Duração/participantes |
|----------------------------|--|-----------------------------------|---|
| Terça-feira às 14:00 horas | Orientar sobre ações de educação em saúde para redução de crises de hipertensivas e crises de hiperglicemia. Mudanças no estilo de vida e na alimentação. | Roda de conversa e palestra. | Duração de 45 min. Participantes: Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem. |
| Terça-feira às 15:00 horas | Estimular a prática de exercícios físicos. | Alongamento e atividades físicas. | Duração de 45 min. Fisioterapeuta |

Os temas a serem abordados serão:

- Orientar sobre a importância e o uso correto das medicações.
- Orientar sobre a importância de uma alimentação, adequada para paciente diabéticos e hipertensos.
- Orientar sobre a importância de atividade físicas.
- Aumentar os conhecimentos sobre suas doenças e suas possíveis complicações.
- Esclarecer dúvidas sobre as doenças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A Hipertensão Arterial (HAS) pode ser definida como a elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, sua prevalência no Brasil varia entre 22,3% e 43,9%, para adultos, apresentando média de 32,5%. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A outra patologia é a Diabetes mellitus (DM) que faz parte de um grupo denominado de doenças metabólicas, cujo nível elevado e sustentado de glicose sérica é decorrente de defeitos na secreção ou ação da insulina. O DM pode diferir quanto à causa, evolução clínica e tratamento.

O diagnóstico é estabelecido com glicemia casual maior ou igual a 200mg/dl, ou 2 glicemias de jejum maiores ou iguais a 126mg/dl, ou ainda teste de tolerância oral à glicose duas horas após ingestão de dextrose maior ou igual a 200mg/dl;

É de grande importância o papel da atenção básica na prevenção e tratamento dessas patologias, já que está se caracteriza como a porta de entrada para o usuário. São necessárias medidas de prevenção e tratamento, em relação à alimentação adequada e prática de exercícios, além do tratamento medicamentoso e rastreio de possíveis complicações. A equipe de saúde de família tem grande importância em todas as etapas incluindo prevenção, diagnóstico precoce e controle, uma vez que sendo multidisciplinar poderá atuar de forma conjunta em todas as etapas e auxilia a fortalecer o vínculo com o usuário (BRASIL, 2013a)

A HAS e DM são responsáveis por grande parte das internações no país, principais causas de mortalidade, com aproximadamente 50% dos casos de insuficiência renal que necessitam de hemodiálise (BRASIL, 2013b).

2.1 DEFINIÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

Diante da análise da situação da saúde da área de abrangência o objetivo é tentar realizar o rastreamento destes pacientes para estratificação de risco, estabelecendo um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento.

Para tentar diminuir o número de pacientes com doenças crônicas, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus que não estão devidamente controlados.

2.2 RASTREAMENTO DOS PACIENTES

Realizar o cadastramento dos pacientes, recomenda-se a princípio a identificação de indivíduos e ou grupos vulneráveis, através do cadastramento de todos os usuários.

Nesse processo cada pessoa deverá ser cadastrada no sistema, vindo até a unidade, para que possamos avaliar cada paciente individualmente criando-se assim um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos, já que não contamos com ACS.

2.2.1 Estratificação de risco

O principal objetivo da estratificação de risco é nortear os planos de cuidado de indivíduos sem doença manifesta, em risco de desenvolverem doenças cardiovasculares (doenças cardíacas, ateroscleróticas, cerebrovasculares e renais) e também para aqueles que já convivem com a doença (BRASIL, 2001).

No final de cada consulta é feita a estratificação de risco individual de cada paciente:

Com as seguintes perguntas:

Hipertensão Arterial (HAS)

Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) PAS e PAD Valor:

Fatores de Risco

- Idade maior ou igual a 65 anos.
- História de Doença Cardiovascular (DCV) prematura em parentes de 1º grau (menor 55 anos para homens e menor que 65 para mulheres).
- Tabagismo.
- Dislipidemia: *Colesterol total maior 190 mg/dl.
- Dislipidemia: *LDL-colesterol maior 115 mg/dl.
- Dislipidemia: *HDL-colesterol menor 46 mg/dl.
- Dislipidemia: *Triglicerídeos maior 150 mg/dl.
- Resistência à Insulina: *Glicemia plasmática em jejum: 100 - 125 mg/dl.
- Resistência à Insulina: *Teste oral de tolerância à glicose: 140 - 199 mg/dl em 2 horas.
- Resistência à Insulina: *Hemoglobina glicada: 5,7 - 6,4%.
- Obesidade: *IMC maior ou igual 30 Kg/m².
- Obesidade: *Circunferência Abdominal (CA) maior ou igual 88 cm.
- Lesão de Órgão-Alvo (LOA).
- Hipertrofia ventricular esquerda: *Eletrocardiograma (ECG): Índice Sokolow-Lyon (SV, + RV, ou RV) maior ou igual 35mm.
- Hipertrofia ventricular esquerda: *Eletrocardiograma (ECG): RaVL maior 11mm.
- Hipertrofia ventricular esquerda: *Eletrocardiograma (ECG): Cornell voltagem maior 2440 mm*ms.
- Hipertrofia ventricular esquerda: *Ecocardiograma (ECO): IMVE maior 95 g/m².
- Espessura mediointimal (EMI) da carótida maior 0,9 mm ou placa carotídea.
- Velocidade de onda de pulso (VOP) carótido-femoral maior 10m/s.
- Índice tornozelo-braquial (ITB) menor 0,9.
- Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30 - 60 ml/min/1,73m²).

- Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g.
 - Doenças Cardiovasculares (CV) e Renal Estabelecida.
 - Doença Cerebrovascular: *AVE isquêmico.
 - Doença Cerebrovascular: *Hemorragia cerebral.
 - Doença Cerebrovascular: *Ataque isquêmico transitório.
 - Doença Artéria Coronária: *Angina estável ou instável.
 - Doença Artéria Coronária: *Infarto do miocárdio.
 - Doença Artéria Coronária: *Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica.
 - Doença Artéria Coronária: *Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada.
 - Doença Artéria Coronária: *Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores.
 - Doença Artéria Coronária: *Doença renal crônica estágio 4 (RFG -e menor 30ml/min/1,73m²) ou albuminúria maior 300mg/24h.
 - Doença Artéria Coronária: *Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema.
 - Diabetes Mellitus.
- Classificando em baixo, médio e alto risco.

Diabetes Mellitus (DMII)

Nível de Risco:

- BAIXO RISCO

Pessoa com Pré-Diabetes (glicemia de jejum alterada e tolerância diminuída à glicose).

- MÉDIO RISCO

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 e controle metabólico e pressórico adequados.

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 e sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses.

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 e sem complicações crônicas.

- ALTO RISCO

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 1.

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 e controle metabólico e pressórico inadequados/ruim.

Pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2 e controle metabólico e pressórico adequados mais internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e / ou complicações crônicas.

De acordo com a classificação de risco será estabelecido um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento.

A importância do hiperdia

Será realizada a cada 45 dias o hiperdia, com palestras importantes sobre cuidados com a saúde para pessoas com diabetes e hipertensão.

Antes do início das palestras a equipe da unidade realizará a medição do nível de glicose no sangue e da pressão arterial. Os resultados serão anotados nos respectivos cartões dos pacientes e utilizados para controle e orientação médica nos casos em que forem constatadas alterações o paciente será convidado a comparecer a unidade da saúde para que seja realizada a classificação de risco, feita a educação em saúde e o cadastro, se necessário.

Em um segundo momento será proposto um grupo de atividades físicas com a fisioterapeuta, que já funciona todas as terças e quartas-feiras como uma estratégia e realizar a promoção em saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

2.2.1.1 Dados epidemiológicos

A prevalência da hipertensão arterial varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. No estudo Vigitel (2015) a frequência de adultos que referiram diagnóstico de hipertensão variou entre 14% em Manaus e 28,7% em Macapá, em Curitiba foi 20,2%. A taxa de mortalidade por hipertensão no Paraná no ano de 2016 foi 24,5/100.000 habitantes. A hipertensão arterial contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. No Paraná, as doenças cardiovasculares historicamente ocupam o primeiro lugar nas causas de óbito. Em 2015 ocorreram 95.763 internações por doenças cardiovasculares, e a taxa de mortalidade foi 182,4 /100.000 habitantes, apresentando tendência de redução desde 2010. Desde 2005 a doença isquêmica do coração e a doença cardiovascular são as principais causas de óbito no Brasil. Até 2015 houve aumento de 18,8% nos óbitos pela primeira e de 13,3% pela segunda causa. Nesse período, a doença isquêmica do coração passou da segunda para a primeira causa de mortes prematuras (abaixo de 60 anos), com aumento de 8,5%. (LINHA GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, CURITIBA SESA PR, 2018).

O diagnóstico de diabetes mellitus geralmente ocorre após os 40 anos de idade, sendo comum sua associação com excesso de peso e história familiar de DM. Estima-se que a população mundial com diabetes totalize 382 milhões de pessoas e que no ano de 2035 serão 471 milhões, o que pode ser considerado uma epidemia (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015). Entre países e grupos étnicos existem diferenças na prevalência de DM. O avançar da idade influencia na sua prevalência. Malerbi e Franco identificaram em seu estudo multicêntrico a prevalência de 17,4% na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade. Aproximadamente metade dos indivíduos com DM desconhecem seu diagnóstico. O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos e o DM tipo 1 corresponde a aproximadamente 8%. A incidência em crianças e adolescentes com DM2 tem aumentado devido ao sedentarismo e

alimentação inadequada. O diabetes gestacional merece atenção por conta do seu impacto na saúde da gestante e do feto. As condições crônicas como as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes matam 38 milhões de pessoas a cada ano. O diabetes ocupa o 4º lugar dentre as maiores causas de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis no mundo, contabilizando 1,5 milhão de mortes (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015). A alimentação inadequada, a inatividade física, o uso de tabaco e o uso nocivo de álcool aumentam o risco de morte por doenças crônicas não transmissíveis (World Health Organization, 2015). O indicador 'Anos de Vida Perdidos ou Ajustados por Incapacidade' significa um ano de vida saudável perdida. Em 2015 o diabetes contribuiu com aproximadamente 4% do total desses anos perdidos na faixa etária acima dos 50 anos de idade (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015). O DM está entre as 10 principais causas de morte prematura em 2015, totalizando aproximadamente 3% dos óbitos em todas as faixas etárias no mundo. No Brasil, entre os anos de 2005 e 2015, o diabetes passou do 7º para o 5º lugar dentre as principais causas de morte. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. A hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais freqüente entre os pacientes diabéticos. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução de 25% da sobrevivência de diabéticos, sendo a causa mais freqüente de mortalidade. O diabetes é responsável por 50 a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, e é a principal causa de cegueira adquirida. No DM1, aproximadamente 30 a 40% dos pacientes desenvolverão nefropatia num período de 10 a 30 anos após o início da doença; no DM2 até 40% dos pacientes apresentarão nefropatia após 20 anos do surgimento da doença. No Paraná o número de óbitos por diabetes entre 2014 e 2016 foram 3400 mortes por ano em média, ou seja, 9 mortes diárias. A taxa de mortalidade se manteve em aproximadamente 30 óbitos a cada 100.000 habitantes. O número de internações apresentou redução de 8443 em 2014 para 7201 em 2016, a taxa de internamento nesse período passou de 7,2 para 6,4 a cada 10.000 habitantes. Nos últimos 3 anos houve manutenção da taxa de mortalidade e redução na taxa de internamento. (LINHA GUIA DE DIABETES MELLITUS, CURITIBA SESA PR, 2018).

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um trabalho de uma pesquisa-ação. Thiollent (2007) que define a pesquisa-ação como: “um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação (ou mais ações) ou com a resolução de um problema coletivo, e onde pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

Neste caso será uma pesquisa-ação, um método de condução de pesquisa aplicada, com três ações distintas: Observar, para elaboração de diagnóstico; pensar, para identificação de problemas; e agir, para proposição/implantação de soluções. O pesquisador está envolvido na realidade em análise e estabelece vínculos de cooperação ou participação com os participantes.

A pesquisa foi dividida em sete etapas sendo estas: 1). Exploratória; 2) Interesse do tema; 3) Definição do problema; 4) Base teórica; 5) Elaboração da proposta; 6) Implantação; e 7) Avaliação do impacto.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Número de hipertensos e diabéticos, cadastrados na unidade Central de Ivaí:

| | |
|------------------------------------|-----|
| Pacientes com Hipertensão | 348 |
| Pacientes com Diabetes | 136 |
| Pacientes Hipertensos e Diabéticos | 121 |

FONTE: Fichas da enfermagem. (2019).

Descrição da proposta de intervenção

Como foi discutido anteriormente, uma priorização de problema. Decidiu-se trabalhar para diminuir o número de pacientes com doenças crônicas, hipertensão arterial e diabetes mellitus que não estão devidamente controlados.

Foi realizado o hiperdia, a proposta foi realizada no dia 28 de maio de 2019 as 14: 00 horas com a presença da equipe de saúde, na unidade central de saúde com palestra sobre os cuidados com a saúde, habito e estilo de vida da população. As reuniões acontecem a cada 45 dias, sempre nas quartas-feiras geralmente na 2 semana do mês, com duração de 50 min, com palestras educativas com auxílio do Power point.

Foi registrada a presença de 23 pacientes, sendo estes 18 hipertensos e 5 diabéticos.

Durante o mês de maio de 2019 foram cadastrados 83 pacientes hipertensos, pela enfermagem e durante as consultas foram classificadas 24 em baixo risco, 24 pacientes em médio risco e 35 pacientes em alto risco. Os pacientes diabéticos cadastrados foram 24, sendo estes classificados 15 em médio risco e 9 pacientes em alto risco.

A avaliação realizada da pesquisa, foi satisfatória, pois em apenas 2 meses da implantação do projeto, já se observa mudança na qualidade de vida e principalmente na aceitação do uso da medicação e a pratica de exercícios físicos e ainda estamos tendo um aumento gradual de pacientes nas reuniões de hiperdia, sendo este um bom indicador de que o projeto está apresentando mudanças e melhorias na qualidade de vida dos pacientes. Os usuários também avaliam positivamente o projeto já que estão praticando atividade física pelo menos 1 vez na semana e mais orientados sobre as doenças e possíveis complicações, caso haja abandono do tratamento.

Ações desenvolvidas

- Foi realizado o acolhimento de todos os pacientes que comparecem, pela equipe.
- Antes do início da palestra foi realizada a medicação do nível de glicose e da pressão arterial.
- Triagem dos pacientes.
- Avaliação medica dos pacientes.
- Renovação das receitas.

| Objetivos | Estratégia | Resultados Esperados | Metas |
|---|---|--|--|
| Orientar sobre ações de educação em saúde para a redução de crises hipertensivas e crises de hiperglicemia. | Mudanças no estilo de vida. Roda de conversa e palestra. Melhor controle da doença Detecção precoce de complicações. | Menos pacientes descompensados. Maior controle da doença, pois os usuários terão medicação garantida. Usuários com noção de autocuidado. Usuários comparecendo periodicamente às consultas. | Reduzir 25 % o número de casos descontrolados de crise hipertensivas e de crises de hiperglicemia, tentando controlar 80 % dos casos de hipertensão e de glicemia capilar. Atingindo 100 % da estratificação de risco de todos estes pacientes. |

Para reduzir as cifras hipertensivas e a glicemia capilar dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Central, do município de Ivaí será necessário o acompanhamento para estabelecer um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tem como objetivo o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde, oferecendo cuidado mais próximos dos indivíduos que demandem mais atenção, orientando sobre ações de educação em saúde para a redução de crises hipertensivas e crises de hiperglicemia. Com relação ao autocuidado, maior controle da doença, a prática de atividade física, alimentação adequada, com menos paciente descompensados com maior periodicidade nas consultas.

Foi realizada palestras com os pacientes, onde foi feito orientações e conscientização da população, como toda mudança requer um período de adaptação, é esperado que no início da intervenção os pacientes apresentem resistência, já que a proposta exige uma mudança nos hábitos de vida dos pacientes.

A equipe estará preparada para enfrentar este problema fazendo um bom acolhimento e explicando os benefícios pretendidos com este novo processo de trabalho, baseados nos princípios da equidade.

Acreditando na proposta e tendo empenho em colocá-la em prática será possível melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da unidade, para melhorar o atendimento à população e trazer mais qualidade de vida a longo prazo.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Com base nos resultados colhidos na pesquisa e embasado no aporte literário neste texto, recomenda-se como estímulo aos Desafios da atenção básica:

- O acolhimento de todos os pacientes que comparecem na unidade, pela equipe.
- Um estudo sistematizado e efetivo das reais condições dos pacientes.
- Realizar o cadastramento dos pacientes, recomenda-se a princípio a identificação de indivíduos e ou grupos vulneráveis.

- Realizar o rastreamento destes pacientes para estratificação de risco, estabelecendo um plano de cuidado individual para cada paciente considerando medidas não farmacológicas, ajustes nas medicações caso necessário, exames complementares e um plano de seguimento.

REFERÊNCIAS

Secretaria de estado de saúde do Paraná. Superintendência de atenção á saúde. LINHA GUIA. Diabetes Mellitus. CURITIBA. 2018.

Secretaria de estado de saúde do Paraná. Superintendência de atenção á saúde. LINHA GUIA. Hipertensão Arterial. CURITIBA. 2018.

SCALA, L.C.N. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil: prevalência. Revista hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V17, n.3-4, julho-dez 2014.

THIOLLENT, M. Metodologia de pesquisa-ação. 18. São Paulo, Cortez;2007.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ivai/panorama> acesso em 17 de maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC);SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO (SBH).VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. São Paulo:2010.(documentos internet).Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

Acesso em 15 de abril 2019.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL a. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília :2001.

BRASIL b. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 196/96: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>, acessado em maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>, acessado de maio de 2019.

BRASIL. Tabnet- DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>. Acesso em abril 2019.